

通院医療費公費負担変更届
 通院医療費公費負担患者票再交付申請書
 障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

申請年月日 年 月 日

北海道知事様
 (市町村経由)

届(申請書)を提出した者

住所

氏名

届出(申請)者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

申請内容	通院医療費公費負担	1 変更届	2 再交付申請
	障害者手帳	1 変更届	2 他都府県又は札幌市からの住所変更
通院医療費の受給者番号		障害者手帳の手帳番号	
患者票の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		障害者手帳の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
届出(申請)者	(フリガナ).....		性別
	氏名		生年 月 日 年 月 日生

1 次の事項を変更したい(変更した)ので **患者票・障害者手帳** を添えて届け出ます。

変更年月日 年 月 日

氏名	変更前	変更後	(フリガナ)..... (姓)..... (名).....
住所	変更前	変更後	電話番号 () -
(通院医療費公費負担の変更の場合のみ記入)			
家族の氏名	変更前	変更後	(フリガナ)..... 続柄 1夫 2妻 3父 4母 5その他()
家族の住所	変更前	変更後	電話番号 () -
保険の種類	変更前	変更後	10 被用者保険(本人) 20 被用者保険(家族) 30 国保一般 40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族) 6- 老人保健 70 生活保護(福祉事務所) 90 その他(自費)
医療機関	変更前	変更後	所在地 名称 ※医療機関コード 医療を行った期間 年 月 日まで

2 **患者票の再交付・障害者手帳の再発行** を申請します。

申請理由	1 破いた	2 汚した	3 失った
------	-------	-------	-------

注意事項

- この届(申請書)は、届け出(申請)される方のお住まいの市町村に提出してください。
- 「届(申請書)を提出した者」の欄は、届出(申請)者本人が提出する場合は、記入は不要です。
- 「届(申請書)を提出した者」及び「届出(申請)者」の氏名欄に署名した場合は、押印を省略できます。
- 「届出(申請)者との続柄」、「申請内容」、「性別」、「続柄」及び「申請理由」の欄並びに「」内は、該当するものを○で囲んでください。
- 「保険の種類」の欄は、該当番号を に記入してください。
 なお、申請者が老人保健法第25条第1項の規定による医療を受けることができる者である場合は、10の位に「6」を記入し、1の位にその保険の種類別の10の位の数字を記入してください。
 (例: 被用者保険(家族)で、老人保健法による医療を受けることができる場合は、 と記入する。)
 また、申請者が生活保護と他の保険を併用する場合は、10の位にその保険の種類別の10の位の数字を記入し、1の位に「7」と記入してください。
 (例: 被用者保険(本人)と生活保護を併用する場合は、 と記入する。)
- 通院医療費公費負担患者票の再交付の申請の場合は、患者票を添付してください(患者票を失った場合を除く。)
- 障害者手帳の記載事項の変更の届出をする場合で、他都府県又は札幌市からの住所変更をしたときは、この届出のほかに、障害者手帳申請書(別記第10号様式)を提出してください。
- ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください。

※市町村取受印	※保健所取受印						
※整理番号							
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							